

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

64

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel BALOCHE

Né le 14 Novembre 1905, à VERNON (Eure)

Indications et Cessation de l'Oléothorax

L'Oléothorax Antisymphysaire, Partiel, Définitif

Président : M. le Docteur BEZANÇON, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1935

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel BALOCHE

Né le 14 Novembre 1905, à VERNON (Eure)

Indications et Cessation de l'Oléothorax

L'Oléothorax Antisymphysaire, Partiel, Définitif

Président : M. le Docteur BEZANÇON, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
BENARD Henri Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BOULIN Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
CATHALA Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
DOGNON Physique.	JOANNON Hygiène.
FEY Urologie.	LABBE Henri... Chimie biologique.
GALLIARD Parasitologie.	LACOMME Obstétrique.
GASTINEL Bactériologie.	LANTUEJOUL .. Obstétrique.
DE GAUDART	LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-.....	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE	Médecine légale.
FORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-.....	
LEMAIRE.....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.	
ALAJOUANINE		
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
VALLERY-RADOT	}	
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER		
MOCQUOT		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale	
VELTER		
ECALLE.....		
GUENIOT		
LE LORIER.....		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE CAPITAINE RAYMOND BALOCHE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Mort pour la France

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE CAEN
(1926-1928)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR LECORNU
Professeur à l'Ecole de Médecine

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MOUCHET
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN HUBER
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL METZGER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse.

Hommage de profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

En témoignage de l'accueil bienveillant qu'il nous a fait dans son service et de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à cette thèse.

Hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HINAULT

Médecin assistant de l'Hôpital Cochin

Qui nous a inspiré ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance pour les précieux conseils qu'il nous a toujours donnés.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152011_0118

AVANT-PROPOS

Avant de faire notre Thèse, il nous a paru utile de relire *l'Introduction à l'Etude de la Médecine Expérimentale* par Claude BERNARD. Nous avons essayé de nous pénétrer de son esprit et de sa méthode.

Deux points nous ont semblé particulièrement importants :

- 1° *Obtenir des faits exacts au moyen d'une investigation rigoureuse.*
- 2° *Mettre en œuvre des faits au moyen d'un bon raisonnement expérimental afin d'en faire ressortir la connaissance des lois et des phénomènes.*

C'est en médecine qu'il est le plus difficile d'obtenir des faits exacts. L'investigation médicale exige de multiples connaissances : anatomiques, physiologiques, pathologiques, chimiques, physiques et de multiples procédés.

Elle comprend des Observations et des Expériences.

L'*Observation* doit être aussi rigoureuse que possible, elle doit être objective, sans idée préconçue. Mais tout en reconnaissant sa nécessité et sa grande valeur, elle ne peut suffire, il faut qu'elle soit suivie de l'Expérience ; et c'est pourquoi Charles NICOLLE dit qu' « aujourd'hui les problèmes médicaux qui demeurent obstinément obscurs sont ceux sur lesquels l'expérimentation n'a pu mordre ».

L'*Expérience* doit être dirigée par une idée préconçue et le résultat doit être retenu d'une façon aussi impartiale qu'une observation.

Ensuite, il s'agit de *raisonner* sur ces faits et ce raisonnement doit s'appuyer sur quelques principes généraux qui ont toute leur valeur en médecine, étant donné la quantité des facteurs inconnus :

C'est avoir avant tout « le doute philosophique, c'est-à-dire ne pas voir dans les théories scientifiques actuelles des vérités immuables, ne voir dans les conclusions de son raisonnement que des vérités relatives ; ne pas avoir d'idées préconçues fixes mais savoir les abandonner ou les modifier et « ne reconnaître d'autre autorité que celle des faits ».

Ces principes ne peuvent nous donner l'esprit de découverte, ni la justesse d'esprit, mais ils peuvent nous prémunir contre les multiples causes d'erreurs que nous rencontrons dans toute étude médicale et en particulier dans ce modeste travail.

Dans le sujet qui va nous occuper, la complexité des phénomènes qui interviennent ne nous permet pas d'avoir toujours des conditions expérimentales premières absolument semblables ; il y aura ainsi des guérisons en allant à l'encontre des directives que nous proposons ; celles-ci de leur côté amèneront des échecs. Mais l'ensemble des résultats encourageants nous les ont faites poser et nous ont permis de penser qu'elles ne pouvaient jamais nuire au malade et souvent pouvaient lui rendre service.

INTRODUCTION

La cessation de l'oléothorax

Ses indications

L'injection huileuse intrapleurale était préconisée dès 1916 par FOURNIER dans la pleurésie séro-fibrineuse pour accélérer la résorption de l'épanchement.

Quelques années après, en 1919, HINAULT l'employait dans le même cas, mais comme préventif contre les adhérences, en injection de 20 cc.

Puis, en 1921, BERNOU reprend l'injection huileuse mais en employant des quantités beaucoup plus grandes atteignant 400 cc. Il l'a réalisée chez une malade qui présentait une perforation pleuro-pulmonaire à soupape inverse; cette perforation s'était produite au cours d'un pneumothorax entretenu avec succès depuis six mois. La fistule s'est fermée, mais quelques semaines plus tard apparaissait un épanchement purulent qui a guéri à son tour rapidement par la continuation des injections.

Ce résultat encourageant l'a porté à continuer cette thérapeutique dans les pyopneumothorax dans le but de tarir la suppuration et d'éviter la symphyse.

La méthode semble être passée par une phase de discrédit, puis, en 1925, elle a été remise à l'ordre du jour par BERNOU et par KUSS tout particulièrement, qui lui trou-

vèrent une indication comme complément du pneumothorax dans la collapsothérapie.

Ils signalent, en effet, l'action mécanique qu'on peut obtenir de l'injection huileuse massive dans les cas de collapsus pulmonaire compromis par l'installation d'un processus symphysaire.

Ils montrent également que certaines cavernes réfractaires à tout collapsus par voie gazeuse peuvent être affaissées par les injections huileuses.

C'est par là que l'oléothorax se montre une méthode véritablement nouvelle.

Cependant, elle subit encore dans les années qui suivent des mouvements de défaveur et l'oléothorax reste peu employé.

Peut-être la variété, et partant, l'imprécision de ses indications, ne sont-elles pas étrangères aux difficultés de ses débuts.

Il faut dire aussi qu'il s'attaque à cette époque à combattre des perforations pulmonaires, des hydropneumothorax dont on connaît le sombre pronostic, et qu'on lui demande de comprimer des poumons quelquefois retenus par des adhérences qu'il n'était pas toujours possible de déceler.

Puis de nouveaux travaux de Jacqueline FONTAINE, de KUSS, de LABESSE et MARIE, de BEZANÇON, de HINAULT ont précisé sa technique et ont limité ses indications.

Aujourd'hui, bien qu'il présente encore des inconvénients, tous les phthisiologues lui reconnaissent une valeur thérapeutique sans être cependant d'accord sur certaines de ses indications ; et c'est pourquoi nous avons pensé utile de les reprendre et de montrer qu'il est possible de les poser plus judicieusement, grâce à un examen radiologique plus poussé et à la pleuroscopie.

Mais une fois ces indications établies, nous envisagerons

un autre problème encore plus important et plus discuté : celui de la *cessation de l'oléothorax*.

Etant donné les divergences qui existent encore dans l'arrêt du pneumothorax, on ne peut s'étonner qu'elles soient plus grandes en ce qui concerne la cessation de l'oléothorax qui est une méthode relativement récente et sujette à plus de risques.

Actuellement deux opinions s'opposent :

Faut-il opérer le retrait de l'huile après efficacité de six mois à un an, comme le considèrent TRIBOULLET, et BERTHEAUX dans sa Thèse ?

Faut-il la laisser définitivement dans la plèvre ?

A ce sujet, nous pensons utile de dire quelques mots sur l'évolution de l'huile dans la plèvre.

Dans notre travail, nous n'envisagerons pas l'oléothorax désinfectant, qui a fait l'objet de nombreuses publications et qui n'entre pas dans la question de la collapsothérapie vraie.

Nous traiterons d'abord le premier problème : celui des indications de :

- a) l'oléothorax pour arrêter l'accrolement des plèvres survenant au cours du pneumothorax.
- b) l'oléothorax compressif pour lutter contre l'inertie pulmonaire qui rend tout pneumothorax inefficace, soit primitivement, soit après section de brides.

Nous envisagerons ensuite : sa cessation.

INDICATIONS

L'oléothorax a aujourd'hui deux indications majeures :

L'une de ces indications est de *s'opposer à la marche progressive de la symphyse*.

Tout le monde en admet le principe. Mais quelques-uns seuls mettent en œuvre le blocage huileux de la plèvre.

L'autre de ces indications est *l'oléothorax de compression*.

Il est admis par quelques phthisiologues et il est rejeté par la plupart comme dangereux.

Ces indications ont été traitées par de nombreux auteurs. Nous voulons examiner rapidement les raisons qui militent en leur faveur, mais surtout préciser quelques points de détails qui nous paraissent importants si l'on veut éviter certaines complications qui, encore à l'heure actuelle, font de l'oléothorax une méthode d'exception.

C'est ainsi que nous envisagerons les points suivants :

A. — 1° Faut-il s'opposer à la formation des symphyses?

2° L'oléothorax total — ses inconvénients.

3° L'oléothorax partiel.

B. — L'inertie pulmonaire et l'oléothorax.

Faut-il s'opposer à la symphyse ?

Il est fréquent de voir se constituer des adhérences au cours du pneumothorax. Elles apparaissent parfois sans

cause apparente, ou le plus souvent à la suite d'une réaction liquidienne.

Elle peuvent être totales ou localisées.

SYMPHYSES TOTALES : Dans les nombreux cas qu'il a pu recueillir, VÉRAN signale que le collapsus a été terminé par la symphyse dans 39 % des cas. Quelques guérisons se sont maintenues à la suite de cet arrêt forcé du pneumothorax, et l'on en est venu à se demander s'il fallait respecter la symphyse.

Actuellement, les faits sont nombreux où une symphyse totale, même précoce, a laissé derrière elle une guérison durable. Dans les observations de VÉRAN, des sujets restent avec un état général parfait alors que leur pneumothorax a été interrompu après six mois seulement d'efficacité par suite de symphyse.

SYMPHYSES ÉLECTIVES : A côté de ces symphySES totales, il n'est pas rare d'en voir qui s'arrêtent spontanément et laissent une cavité pleurale qui permet une bonne compression des lésions. M. PRUVOST, qui a publié un intéressant article à ce sujet, rapporte le cas d'une malade qui a présenté au cours de son pneumothorax une symphyse qui s'est arrêtée d'elle-même ; les insufflations pouvaient être continuées et ainsi se trouvait réalisé un pneumothorax électif : l'immobilisation des parties malades était obtenue sans gêner la fonction des parties saines. Mais il faut considérer ceci comme un fait peu fréquent et sur lequel nous ne pouvons compter.

Il faut considérer qu'une symphyse qui débute aboutira dans un temps plus ou moins long à l'accolement complet des deux plèvres et empêchera toute continuation du pneumothorax artificiel.

Si après ce fait on constate un certain nombre de guérisons il reste, comme le dit M. PRUVOST, à préciser le degré et la durée de cette amélioration des lésions pulmonaires

survenues malgré la symphyse ou grâce à celle-ci ; et il présente un exemple de réveil des lésions après une guérison apparente ayant persisté trois ans après la symphyse.

Le plus souvent, il n'est pas besoin d'attendre si longtemps après l'arrêt du collapsus pour observer une poussée nouvelle. Ainsi, s'il est des symphyses favorables, il en est d'autres qui sont nuisibles et nous sommes dans l'impossibilité d'établir d'avance un pronostic.

D'après les statistiques de RIST et de HIRSCHBERG on voit que la somme des malades stationnaires aggravés ou dé-cédés est :

Chez les malades traités..... de 48 %

Chez les symphysés..... de 91 %

Et si l'on s'en rapporte aux conclusions que VÉRAN a formulées dans son étude très complète de la cessation du pneumothorax, la seule conduite logique à tenir est d'empêcher la formation des adhérences chaque fois qu'elle surviendra chez un sujet dont les lésions ne seront pas stabilisées depuis trois ou quatre ans.

L'oléothorax nous paraît être la meilleure prophylaxie de la symphyse.

Ce peut être un oléothorax de la grosse cavité, ou bien un oléothorax partiel. Nous allons en étudier les avantages et les inconvénients respectifs.

Oléothorax antisymphysaire total

Lorsqu'apparaît une symphyse progressive au cours d'un pneumothorax elle a encore, à son tout début, peu diminué le volume de la cavité pleurale. On peut croire que c'est le moment favorable pour établir l'oléothorax. Et pour bien combler cette cavité pratiquement libre, nous injectons des quantités d'huile importantes. Mais peu à peu nous sommes obligés de pratiquer de nouveaux remplissages nécessités par le tassement des organes voisins et aussi par un certain abaissement du diaphragme.

Si, d'une part, ces injections successives ont pour but de maintenir un blocage efficace de la plèvre, d'autre part, elles entraînent une augmentation importante de la quantité d'huile. Une pareille masse d'huile entraîne une forte pression sur le médiastin, et principalement sur l'hémi-diaphragme qui supporte à lui seul toute la pression verticale. Il en résulte un déplacement du médiastin dont les conséquences sont importantes : d'abord pour la compression du poumon, qui sera moins forte ; ensuite pour le travail du cœur et aussi pour le poumon opposé, par la compression qu'il peut subir du fait de ce déplacement.

Quant à la pression sur le diaphragme, elle produit un certain degré d'affaissement qui peut même aboutir à son éversion. Cet accident ne nous semble pas avoir été assez pris en considération.

EVERSION DIAPHRAGMATIQUE. — Nous savons qu'il existe quelquefois au cours du pneumothorax un certain abaissement du diaphragme. A un degré de plus, celui-ci présente à l'examen radiologique une forme en cupule. Les accidents qui en résultent sont habituellement légers. Mais on conçoit bien qu'une colonne huileuse importante pesant sur le diaphragme déterminera un affaissement plus accentué. Nous aurons des indications précises sur les degrés de cet affaissement par l'examen radiologique après injection de lipiodol qui nous permettra même de mettre quelquefois en évidence de véritables éversions diaphragmatiques. Nous dirons cependant que ce phénomène important ne semble pas pouvoir se produire uniquement sous l'influence de la pression huileuse ; une condition secondaire doit également entrer en ligne de compte : c'est l'hypotonicité du diaphragme.

Quoi qu'il en soit, par cette éversion la cavité pleurale s'agrandit encore ; malgré la quantité d'huile injectée nous n'obtenons aucune compression pulmonaire et toute amé-

lioration devient alors impossible par cette méthode.

On comprend, par suite, que l'établissement d'un oléothorax est délicat dans les grandes cavités nécessitant un volume d'huile très important ; cela, pour deux raisons : d'abord par l'introduction d'une grande quantité d'huile, ensuite par les accidents que nous venons de signaler : refoulement du médiastin, éversion diaphragmatique.

En conséquence, il nous semble utile de ne pratiquer qu'avec une très grande réserve l'oléothorax total et de ne réserver la méthode qu'à des cavités pleurales de plus petites dimensions.

Oléothorax partiel

C'est ainsi qu'on peut se demander si l'on ne pourrait pas laisser la symphyse progresser pour établir ensuite un oléothorax partiel.

A ce propos nous envisagerons rapidement l'oléothorax électif dont ROSSEL et HOURIET ont mis en relief les avantages et qui proposent de le réaliser dans les localisations lobaires supérieures.

C'est ainsi qu'ils préconisent de laisser se produire une barrière symphysaire partielle sur les parties inférieures saines et de recourir à l'intervention sur les tissus malades.

Par cette méthode, ils ont en vue uniquement la compression d'une lésion du sommet, ce qui diminue les indications. De plus, nous pensons que vouloir produire l'accolement des plèvres au niveau des parties saines à l'exclusion des parties malades, présente des difficultés qui doivent réduire considérablement son emploi. De plus, avant d'établir un tel oléothorax, il s'agit de produire un pneumothorax électif ; mais, comme l'écrit M. AMEUILLE : « La création d'un pneumothorax électif est l'effet de la chance et non des desseins de l'opérateur ».

En proposant l'*oléothorax antisymphysaire partiel*, nous avons pour but d'arrêter une symphyse progressive et en

même temps d'assurer un collapsus suffisant, quel que soit le siège des lésions ; mais, principalement, notre but est de réduire le volume de la cavité pleurale, qui nécessiterait une trop grande quantité d'huile.

Nous atteignons le mieux ce but quand nous avons affaire à une symphyse qui débute par le bas et que nous laissons progresser jusqu'au moment où se trouve établie une large zone d'adhérences. Celle-ci doit s'étendre sur tout le diaphragme, atteindre et dépasser un peu le sinus costo-diaphragmatique. L'huile étant alors injectée, nous avons des images radioscopiques analogues à celles de l'Observation IV.

Nous limitons ainsi la grande cavité et nous renforçons le support que constitue le diaphragme. Non seulement les quantités d'huile seront moindres, mais les pressions même élevées retentiront peu sur les organes voisins, la poche d'huile agissant un peu à la façon d'un plombage. On conçoit bien qu'ainsi le danger de refoulement du médiastin et d'éversion diaphragmatique est peu susceptible de se produire.

Par cette méthode de laisser s'établir un début de symphyse, l'action favorable de l'oléothorax observée dans les premiers temps de son installation persiste. Les résultats relativement lointains que nous apportons semblent confirmer son intérêt.

Nous verrons les avantages qui en résultent encore quand se posera le problème du retrait de l'huile.

Si un oléothorax ainsi établi doit être considéré comme le meilleur, nous avons vu qu'il ne pourra être réalisé que dans les symphyses ascendantes ; ce sont d'ailleurs les cas le plus souvent observés.

Néanmoins, dans une symphyse ayant débuté par le sommet, nous avons pratiqué un oléothorax qui s'est montré très efficace. Il s'agit de notre Observation V. Depuis six ans le résultat persiste. Il faut considérer que dans ce cas

nous avons aussi une limitation de la cavité pleurale et une fixation du médiastin, point de grande importance.

Dans la mesure du possible, nous ne pratiquons pas l'oléothorax dans une plèvre libre, mais seulement lorsqu'il s'est établi une symphyse partielle.

C'est ainsi que semblent le concevoir Armand DELILLE et LESTOCQUOY, dans leur *Traité sur la Tuberculose Pulmonaire de l'Enfant et de l'Adolescent*, qui notent que dans quelques cas le décollement complet de la plèvre est impossible à obtenir soit primitivement, soit après les premières insufflations. Dans ces cas, il se produit souvent par la suite une augmentation des adhérences. On introduit alors de l'huile de paraffine qui empêche l'accolement des deux plèvres et on assure le collapsus par un oléothorax partiel.

Oléothorax et inertie pulmonaire

L'inertie pulmonaire constitue une des causes les plus fréquentes qui rendent le pneumothorax inopérant; comme le dit M. AMEUILLE : « Il y aura du fait de l'irrétractilité des lésions, des cas d'inertie pulmonaire où le pneumothorax le plus parfait sera inefficace ».

Pour lutter contre cet obstacle, nous ne possédons, en dehors de cette opération traumatisante qu'est la thoracoplastie, que l'oléothorax ; et nombreux sont les cas où il s'est montré capable d'assurer un bon collapsus.

Mais on a observé souvent au cours de l'oléothorax compressif de graves accidents qui ont jeté le discrédit sur la méthode. Il nous semble qu'ils provenaient d'indications posées trop largement ; aussi est-il primordial de les restreindre en se livrant à une investigation aussi complète que possible de l'état de la plèvre, grâce à des radiographies prises sous différentes incidences, et, s'il est besoin, à une méthode nouvelle : la pleuroscopie.

LA PLEUROSCOPIE. — Cette dernière méthode est d'un grand intérêt pratique. Elle permet de préciser les données radiologiques confuses et ainsi nous apporte un secours précieux quand il s'agit de poser l'indication d'un « oléothorax de compression ».

C'est ainsi qu'il est capital de différencier une inertie pulmonaire véritable d'une gêne de rétraction du poumon par des brides pleurales. Nous pensons que cette distinction n'a pas toujours été faite et qu'il est survenu des perforations pulmonaires à la suite de rupture de brides.

Cela ne veut pas dire que la vérification de l'absence de brides permet d'établir un oléothorax contre l'inertie pulmonaire et met complètement à l'abri des perforations. En effet, l'arrachement d'une bride au niveau de son insertion pulmonaire n'est pas la seule cause de perforation. La cause la plus importante reste : elle est due à l'extension à la plèvre des lésions du parenchyme.

L'oléothorax compressif est toujours établi sur un poumon dont les foyers sont en évolution ; c'est une raison pour laquelle il faut moins s'étonner que les perforations y soient plus fréquentes que dans l'oléothorax antisymphysaire.

Dans de tels cas, si le pneumothorax est maintenu, la perforation se produit tout aussi sûrement. La seule différence réside dans ce fait que la perforation paraît être plus grave au cours de l'oléothorax.

Au sujet des brides, nous voulons répondre ici à la question qui se pose à la vue des radiographies de notre Observation XXV où l'on voit un poumon retenu par une large bride située entre le sommet et à la partie moyenne.

Dans cette plèvre nous avons injecté de l'huile. Cela peut paraître téméraire.

Nous dirons tout d'abord qu'à l'époque où le cas que nous signalons s'est présenté, la pleuroscopie et les sections de brides n'étaient pas encore pratiquées couramment.

De plus, nous n'avions pas pour but d'établir un oléothorax de compression, mais un oléothorax antisymphysaire.

Enfin, nous avons affaire à une grosse bride et il nous semble, comme le signale DOUADY, que les perforations doivent être attribuées plutôt à la rupture d'une petite bride à surface d'implantation pulmonaire réduite qu'à une grosse bride largement insérée.

En conclusion, sans faire de l'étude endoscopique une condition indispensable à l'établissement d'un oléothorax de compression, il nous semble qu'il y a intérêt à la pratiquer autant que cela nous est possible.

Si cette étude nous révèle la présence de brides, leur section permet dans la majorité des cas d'obtenir un collapsus efficace simplement par le pneumothorax.

Cependant, on observe parfois même après les sections d'adhérences, la persistance de l'irrétactilité du poumon. C'est alors que l'on peut encore envisager un oléothorax.

OLÉOTHORAX CONTRE L'INERTIE PULMONAIRE

ET LA SECTION DE BRIDES

Si la rétraction pulmonaire tarde à se faire après la section de brides, il semble que nous ayons avantage à pratiquer un oléothorax.

Récemment ROUGY a insisté sur la valeur de l'oléothorax pour lutter contre l'inertie pulmonaire après section de brides. Il rapporte le cas de trois opérés chez lesquels l'injection huileuse a réussi à triompher de moignons rebelles au collapsus par le pneumothorax.

OLÉOTHORAX PARTIEL DANS L'INERTIE PULMONAIRE

Là, comme pour l'oléothorax antisymphysaire, nous conseillons l'oléothorax partiel. Sans doute, sa réalisation sera plus difficile, étant donné l'absence de processus symphysaire. Il nous faudra alors déclancher artificiellement ce

processus. Par de petites injections huileuses nous provoquerons des réactions pleurales pour obtenir non seulement une consolidation du médiastin comme l'a proposé BORDET, mais encore pour déterminer de larges zones d'adhérences qui renforceront le diaphragme et limiteront la cavité pleurale.

Cette action irritante de l'huile peut rapporter encore à l'oléothorax une indication ; mais en vérité elle est assez rare : c'est l'imperméabilisation des plèvres.

Imperméabilisation des plèvres

La résorption trop rapide de l'air dans la plèvre nécessite quelquefois des injections gazeuses extrêmement rapprochées. BILLOX rapporte même des cas où la résorption s'effectue si vite que le pneumothorax est rendu inapplicable.

Pour lutter contre ces « pneumothorax insatiables », comme les a désignés BURNAND, on peut injecter de petites quantités d'huile qui, en favorisant l'épaississement de la plèvre, empêche une trop rapide résorption gazeuse ; en un mot, on imperméabilise la plèvre.

En résumé, nous pratiquons l'oléothorax :

1° *Antisymphysaire*, mais partiel à chaque fois que cela est réalisable.

2° Plus rarement contre l'inertie pulmonaire et autant que possible après s'être assuré de l'absence de brides par la pleuroscopie.

3° Accessoirement contre la résorption trop rapide du gaz au cours du pneumothorax.

EVOLUTION DE L'HUILE DANS LA PLEVRE

Il est impossible d'aborder la discussion du retrait de l'huile dans la plèvre sans en étudier le comportement expérimental et clinique.

Cette question a donné lieu à d'importants travaux.

D'une part, LÉON BINET et J. VERNE concluent que les huiles végétales injectées dans la cavité pleurale du lapin sont rapidement absorbées par la plèvre. Cette absorption se fait grâce à des modifications histologiques qui consistent en une hypertrophie et une hyperplasie de l'endothélium pleural, en un épaissement du chorion avec l'apparition de vaisseaux de néo-formation.

D'autre part, les études de F. W. MAC GUIRE montrent que la résorption de l'huile de paraffine dans les séreuses saines de lapin et de chat est très faible.

Dans les plèvres épaisses cette résorption est pratiquement nulle.

L'expérience prouve donc qu'il y a une grande différence entre ces deux huiles : il ne faut pas s'en étonner puisque l'huile de paraffine n'est pas une huile mais un hydrocarbure.

D'ailleurs, à priori, rien ne nous permet de penser à une résorption. Les petits remplissages que l'on est amené à faire au début viennent du tassement des parties molles environnantes : tissu pulmonaire, médiastin.

De plus, si on compare l'huile de paraffine dans la plèvre

à l'huile de paraffine dans les voies digestives, on voit qu'il n'y a pas absorption. Elle agit alors comme un corps étranger.

Nous avons examiné avec M. AMEUILLE quelques coupes histologiques de la plèvre et du poumon après oléothorax. Nous n'avons trouvé aucune particularité nouvelle aux images habituellement observées à la suite de l'injection huileuse :

On remarque, en particulier, une plèvre considérablement épaissie. Par contre, on ne voit aucune image pulmonaire qui puisse permettre de penser au passage de l'huile dans le poumon.

CESSATION DE L'OLEOTHORAX

Une question se pose au fur et à mesure qu'on s'éloigne des débuts de l'oléothorax.

Faut-il retirer l'huile ?

Quand faut-il la retirer ?

Actuellement, l'oléothorax temporaire emporte la faveur de la plupart des phtisiologues.

Précisons d'abord que le problème demande des solutions différentes s'il s'agit d'un oléothorax inefficace ou d'un oléothorax efficace.

Oléothorax antisymphysaire inefficace :

Si l'oléothorax est considéré à l'heure actuelle comme le moyen le meilleur que l'on ait pour lutter contre la symphyse, il n'en reste pas moins qu'il échoue quelquefois. Dans ce cas, on laissera l'huile s'enkyster.

Oléothorax compressif inefficace :

Par contre, lorsqu'il est employé pour combattre l'inertie pulmonaire et qu'il se montre inefficace, il faudra, de même que dans le pneumothorax sans effet, ne pas attendre davantage et, comme le dit MOLLARD, « abandonner ce traitement dont le résultat serait nul et le maintien périlleux ». L'expérience nous montre, en effet, que dans un collapsus inopérant, non seulement le malade est sujet aux conséquences de l'évolution de la maladie, mais encore aux risques que comporte la méthode. En particulier la persis-

tance d'une activité pulmonaire évolutive sous un oléothorax doit faire craindre la perforation pleuro-pulmonaire. Nous aurons donc dans ce cas à opérer le retrait de l'huile.

Le problème de la fin de l'oléothorax ne se pose que si celui-ci a été pratiqué soit pour lutter contre la symphyse, soit pour assurer un meilleur collapsus et qu'il s'est montré utile depuis une période de trois à six mois.

OLÉOTHORAX EFFICACE : Pouvons-nous en vidant la plèvre d'huile après une telle période d'efficacité, en un mot, en pratiquant ce qu'on appelle l'oléothorax temporaire, en retirer des avantages ?

Faut-il, au contraire, ne pas toucher à l'huile et pratiquer l'oléothorax définitif ?

Avantages du retrait de l'huile après une période de trois à six mois

Les avantages recherchés dans l'oléothorax temporaire sont d'éviter: d'abord, la perforation, ensuite les séquelles qui sont constituées par une grosse pachypleurite empêchant la réexpansion pulmonaire, qui elle-même entraîne l'apparition d'épanchements récidivants.

Tout en pensant qu'on doit en tenir compte, ces deux avantages nous paraissent discutables. Nous verrons à propos de l'oléothorax définitif ce qui concerne le danger de perforation. Disons cependant que la cause primordiale et la plus fréquente des perforations est l'évolution jusqu'à la plèvre de foyers parenchymateux, et comme le note ARNAUD, la preuve en est fournie par le fait que les oléothorax institués sur des lésions non évolutives ne se perforent qu'exceptionnellement. D'autre part, l'huile, par sa seule présence, ne semble pas être un facteur de perforation.

Quant à la pachypleurite qui entraîne comme consé-

quence à la fois la non réexpansion pulmonaire et la production de liquide, nous pensons également qu'elle est fonction du temps.

Mais nous ne croyons pas que même en retirant l'huile on puisse arrêter ce processus. D'autre part, il est extrêmement difficile de vider complètement une plèvre, et nous avons vu qu'il ne faut pas compter sur la résorption de l'huile de paraffine. Il est probable que la quantité résiduelle, même minime, suffit à provoquer un épaissement pleural.

Si, encore, après avoir opéré ce retrait d'huile, nous laissons le poumon revenir à la paroi, il est certain que nous éviterions ce danger de non réexpansion et d'épanchement. Mais nous savons bien que les foyers pulmonaires ne peuvent être guéris après quelques mois, et dans l'oléothorax temporaire, après le retrait d'huile, on pense à reprendre le pneumothorax.

De plus, la sclérose n'est pas un fait propre à l'oléothorax. Nous savons que même après le pneumothorax on peut avoir un poumon qui n'est plus capable de combler la cavité pleurale.

Ces avantages paraissent donc bien aléatoires. Nous allons maintenant passer aux inconvénients de cette méthode.

Inconvénients du retrait de l'huile

En plus de sa grande difficulté, le retrait de l'huile présente les risques suivants :

Reflux de l'huile dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Réactions thermiques.

Réactions liquidiennes.

Production d'un épanchement purulent.

Réévolution de la tuberculose.

Servitude des insufflations.

Reflux de l'huile dans le tissu cellulaire sous-cutané :
D'abord nous pouvons voir un incident inhérent à toute ponction, qu'elle ait pour but d'ajouter ou de retirer l'huile : c'est la fusion de cette huile dans le tissu cellulaire sous-cutané. Non seulement il en résulte une déformation thoracique et une gêne pour les ponctions ultérieures, mais encore le malade accuse souvent des douleurs. Nous pensons qu'il faut les attribuer à ce que l'huile de paraffine est un hydrocarbure mal toléré par le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous en avons un exemple typique dans notre Observation XXVII où deux ans après l'établissement de l'oléo-thorax on a vu survenir à la suite d'une ponction une induration du grand pectoral dans la région sous-claviculaire. La peau est violacée et épaissie dans la région latérale au point de piqûre. De plus le malade accuse des douleurs du bras gauche.

Dans nos Observations VII et VIII, les deux malades ont présenté un léger reflux d'huile à la dernière injection.

Mais d'autres accidents plus importants et plus fréquents sont quelquefois la conséquence des ponctions ; ce sont les réactions thermiques et les réactions liquidiennes.

Réactions thermiques. — Si les réactions sont fréquemment observées au cours des injections d'huile dans la plèvre, les mêmes faits peuvent se produire au moment de son retrait. Ou bien ces réactions sont transitoires et violentes ; la température s'élève à 39°, 40° en général pendant 48 heures. Ou bien elles sont prolongées et légères ; la température s'élève à 37°6-38° pendant une ou plusieurs semaines. Chez des malades de HINAULT, la courbe de température est tout à fait typique ; chaque retrait d'huile est marqué par un clocher thermique.

De même qu'au moment de l'injection, ces réactions fébriles du retrait de l'huile ont pu être le point de départ d'épanchements séreux ou purulents.

Réactions liquidiennes. — La production de liquide à la suite du retrait de l'huile survient fréquemment, le plus souvent l'épanchement ne dépasse pas le $\frac{1}{3}$ de l'hémi-thorax : tel est le cas de notre Observation XV.

Quelquefois, la quantité de liquide devient si importante qu'elle nécessite des ponctions. Il semble qu'il faut rattacher la production de cet épanchement au vide pleural qui ne peut être comblé par un poumon serré dans une plèvre sclérosée, et à une part infectieuse, ainsi qu'en témoignent les réactions fébriles et la production d'épanchement purulent.

Production d'un épanchement purulent. — Ou bien il s'agit de l'apparition directe d'un épanchement purulent, ou bien il s'agit de la surinfection d'un épanchement déjà existant. C'est ainsi que M. AMEUILLE a bien voulu nous confier l'observation d'une malade porteuse d'un oléothorax ancien dont le résultat était parfait. Une ponction a été pratiquée et a été rapidement suivie d'un épanchement purulent. C'est le cas de notre Observation XXVI.

Révolution de la tuberculose. — Nous envisagerons les deux points suivants : 1° la reprise de la marche de la symphyse après le retrait de l'huile, malgré le pneumothorax secondaire ; 2° la reprise des lésions sous le pneumothorax secondaire.

Lorsque nous arrêtons la production d'un symphyse par l'oléothorax, nous ne pouvons savoir si s'accroissement des feuillets ne se produira pas une fois l'huile retirée. S'il se produit, il peut très bien se faire que nous n'assistions pas à une reprise de l'évolution pulmonaire. Nous avons signalé

dans notre chapitre des indications que certaines symphy-ses, même précoces, paraissaient avoir une évolution favo-rable. Il s'agirait alors d'un processus de sclérose à point de départ pleural, qui gagnerait le parenchyme. Mais mal-heureusement il n'en est pas toujours ainsi : KAUCHER, KAUFMAN et PRUVOST signalent une symphyse apparue après trois ans de stabilisation des lésions, et suivie de réévolu-tion nouvelle.

En ce qui concerne l'oléothorax compressif, ROUCY écrit tout dernièrement que si l'oléothorax triomphe de l'inertie pulmonaire, ce n'est pas tant par l'huile agissant mécani-quement par son poids que par l'irritation pleurale qu'elle déclanche et la sclérose qui suit. Aussi il pense qu'une fois cette action établie on doit vider la plèvre d'huile : « Un oléothorax étant d'autant moins dangereux qu'il est entre-tenu moins longtemps ». Nous serions tenté de dire : qu'il n'est plus entretenu du tout.

Il est certain que l'injection huileuse produit une irri-tation pleurale, mais nous pensons avec DUMAREST qu'elle ne suffit pas et que l'action mécanique reste l'élément ma-jeur agissant dans la rétraction du moignon. Il semble donc important de prolonger plus longtemps l'action mé-canique de l'oléothorax. Il est vrai que le pneumothorax est repris après la cessation précoce de l'oléothorax. Mais nous abandonnons celui-ci qui a donné une bonne compres-sion des lésions et qui a réussi à arrêter leur évolution ; rien ne nous permet d'affirmer que dès lors le pneumo-thorax pourra remplir son rôle de façon plus efficace qu'au moment où il a été tenté. N'oublions pas qu'il s'agit de mauvais cas, qui avant l'oléothorax vouaient à l'échec la méthode de Forlanini. Il est inutile d'insister sur les résul-tats désastreux des mauvais collapsus. Dans ces cas, comme le signale MOLLARD, les lésions peuvent perdre momenta-nément leur activité mais les réveils cliniques sont à peu près constants : COBERT et FISCHER considèrent également

que dans les collapsus incomplets « les choses sont plus dangereuses que si avec des lésions identiques il n'y avait pas de pneumothorax ». Il nous paraît donc bien préférable d'instituer définitivement l'oléothorax plutôt que de le remplacer par un pneumothorax.

Servitude des insufflations. Contre la reprise du pneumothorax, il y a le côté pratique qui influe et qui a quelque valeur devant notre incertitude. Le malade n'est pas toujours disposé à abandonner un traitement qui l'a beaucoup amélioré et à reprendre le pneumothorax qui l'obligera à des insufflations fréquentes.

Les avantages et les inconvénients de l'oléothorax temporaire que nous venons de voir nous amènent à étudier ceux de l'oléothorax définitif.

Avantages et inconvénients de l'oléothorax partiel définitif

Si le retrait de l'huile offre quelques inconvénients on peut se demander si, en laissant définitivement cette huile sans en ajouter et sans en retirer, le malade est exposé à d'autres accidents. Il a été dit que l'huile était un danger perpétuel pour le malade. Le danger le plus important et qui à lui seul a fait l'objet de la thèse remarquable d'ARNAUD est la *perforation pulmonaire*.

Perforation pulmonaire. Certains auteurs la prennent comme l'argument principal du rejet de la méthode. Dans sa thèse récente, Paul ROBERT pense que les perforations viennent non pas des pressions qu'on appelle élevées en matière d'oléothorax, mais des pressions exercées par une cause extérieure transmise intégralement à la surface pulmonaire par l'intermédiaire de cette masse incompressible qu'est l'oléothorax.

Il est exact que ce facteur doit entrer en ligne de compte,

mais il n'en reste pas moins que la cause principale et suffisante vient de ce que l'oléothorax, pas plus que le pneumothorax, n'a pu arrêter l'extension à la plèvre de foyers parenchymateux et, comme le note HINAULT : « Ce n'est pas l'huile qui est un danger, mais la maladie du parenchyme ».

Paul ROBERT cite deux observations à ce sujet : dans l'une la perforation est survenue six ans après l'établissement de l'oléothorax ; mais il s'agit là d'un oléothorax qui a été régulièrement inefficace, et pendant ces six années l'extension des lésions a été continuelle.

Dans l'autre, la perforation a été un léger accident puisqu'elle a guéri spontanément, n'influençant en rien le bon état général du malade.

BERTHEAUX apporte également quatre perforations :

Deux sont survenues après amélioration de l'état pulmonaire et se sont rapidement guéries ; les deux autres, plus graves, se rapportent à des oléothorax inefficaces.

Ces faits confirment ce que nous disions : les perforations sont dues avant tout à l'extension d'un foyer pulmonaire. La part infectieuse reste donc l'élément principal dans le déterminisme de la perforation.

La preuve en est fournie par le fait que les oléothorax institués sur des lésions non évolutives ne se perforent qu'exceptionnellement. Les soixante observations de petits oléothorax antisymphysaires rapportées par J. MARIE, HINAULT, ROSSEL, en témoignent.

Quant aux perforations qui surviennent sur des oléothorax efficaces, nous ne pouvons affirmer qu'elles sont réellement provoquées par l'huile. L'activité des lésions pulmonaires peut très bien en être la cause malgré un état général apparemment satisfaisant et l'absence des bacilles. La disparition des bacilles de l'expectoration ne signifie pas toujours un arrêt de l'évolution des lésions.

Nous en trouvons un exemple dans une des observations

publiées dans la Thèse d'ARNAUD (Obs. 90), où la perforation s'est produite après 28 mois d'efficacité apparente.

En réalité l'autopsie a montré une tuberculose ulcéro-cavitaire du sommet droit, exsudative aux autres lobes.

Ce qui nous occupe dans notre travail, c'est de savoir si, par le fait qu'on laisse persister définitivement un oléothorax ayant été efficace pendant quelques mois ou quelques années, on expose à tout moment le malade à une perforation pulmonaire.

Nous ne le croyons pas car, dans presque toutes les observations, les perforations survenant chez les malades non en évolution depuis un temps assez long ne constituent qu'un incident, et guérissent spontanément. HINAULT rapporte deux cas de perforations qui ont guéri spontanément.

De plus, il semble que les perforations diminuent avec l'ancienneté de l'oléothorax. C'est la conclusion qui paraît se dégager des observations que nous possédons et de l'étude des cas de perforations actuellement publiés.

Nous avons eu connaissance d'un cas, rapporté par M. AMEUILLE, où la perforation s'est produite cinq ans après la création de l'oléothorax. Pendant un moment on a pu croire que cet oléothorax était efficace mais nous avons appris que le malade présentait une expectoration bacillifère pendant les quelques jours qui ont précédé la perforation.

Il ne semble donc pas que la perforation soit provoquée réellement par l'oléothorax.

Après ces faits, il nous semble qu'il est possible d'envisager sans crainte, au moins en ce qui concerne la perforation, la persistance d'un oléothorax utile.

Par contre, il nous conduit à opérer le retrait de l'huile dans un oléothorax qui après quelques mois n'a pas réussi à arrêter l'évolution des lésions ; nous savons, en effet, qu'un mauvais collapsus effectué soit par le pneumothorax, soit par l'oléothorax est plus nuisible qu'utile. Le seul re-

cours que nous puissions avoir dans ce cas est la thoracoplastie secondaire.

Il reste à étudier un second point encore important : la suppression de la fonction du poumon.

Suppression de la fonction du poumon. — Il est certain que l'oléothorax définitif empêche la réexpansion du poumon et supprime, de ce fait, sa fonction.

Certes, le but que nous voudrions atteindre, c'est non seulement l'abandon du traitement une fois la guérison établie, mais encore le gain d'une récupération totale de la fonction du poumon.

C'est un but que l'on atteint souvent grâce au pneumothorax qui produit, comme le dit RIST, des guérisons qui rétablissent sans aucune restriction le sujet naguère malade dans tous les privilèges de la santé.

Mais dans ces cas que nous avons eu tant de mal à guérir faut-il tant souhaiter la réexpansion du poumon ? Faut-il se lancer à nouveau dans des thérapeutiques dont on ne peut prévoir sûrement les résultats, tandis que nous avons un oléothorax qui marche bien ? N'est-il pas préférable d'avoir une compression définitive des lésions dont on ne peut affirmer la guérison après cessation du traitement ? Nous croyons qu'il faut s'estimer heureux d'avoir obtenu une guérison même au prix de la perte fonctionnelle d'une partie du poumon.

D'ailleurs, la phrénicectomie n'est-elle pas définitive, de même que l'apicolyse ou la thoracoplastie ?

Cependant, nous ne pouvons faire absolue cette ligne de conduite. Dans des cas rares, il faut enlever l'huile si on a l'espérance de rendre au malade un poumon intact utile ; par exemple s'il s'agit de lésions pneumoniques jeunes. Mais dans le cas de lésions anciennes ulcéreuses et caséueuses, nous ne le croyons pas. C'est la radiographie précédant le pneumothorax qui doit guider.

Mais cette compression partielle définitive nous laissera-t-elle encore la possibilité d'établir la collapsothérapie du côté opposé en cas de bilatéralisation ?

Bilatéralisation. — Le poumon ayant perdu en partie sa fonction respiratoire, nous serons dans l'impossibilité d'effectuer la collapsothérapie du côté opposé s'il survient une localisation. Cet argument a d'autant plus de valeur si l'on songe que l'oléothorax a été particulièrement accusé de déclancher des poussées contro-latérales. Paul ROBERT établit un rapport entre l'oléothorax et la bilatéralisation. Mais nous ne pouvons oublier que le même reproche a été adressé au pneumothorax.

Sur les 28 cas dont nous rapportons la plupart des observations, nous notons six bilatéralisations. Elles se rapportent aux observations I, II, X, XII, XIII.

BERTHEAUX rapporte dix bilatéralisations sur 51 cas. Même en admettant que ces chiffres soient faibles, on voit que les cas de bilatéralisation dans l'oléothorax ne sont pas plus fréquents que dans le pneumothorax, puisque DUMAREST note que l'atteinte du côté opposé y frappe le quart des malades traités.

Il faut tenir compte aussi que l'oléothorax traite les plus mauvais cas.

Evidemment, il faut envisager, lorsqu'il s'agit de laisser l'oléothorax évoluer définitivement, qu'une poussée opposée peut se produire. Mais nous pensons qu'il importe de guérir d'abord le côté malade.

Encore est-il que l'*oléothorax partiel* tel que nous le pratiquons ne s'oppose pas à la création d'un pneumothorax de l'autre côté. Ainsi nous voyons dans notre Observation I qu'il a été établi en 1933 un pneumothorax gauche, qui s'est montré efficace, sans que nous ayons touché à l'oléothorax droit établi depuis six ans..

Il reste à discuter la tolérance de l'organisme vis-à-vis

d'un oléothorax définitif : nous étudierons en particulier son action sur le cœur.

Cœur et oléothorax. — Un point nous paraît essentiel : c'est la fatigue occasionnée par l'oléothorax au muscle cardiaque.

Si nous établissons un rapprochement avec l'oléothorax, nous voyons que celui-ci est presque toujours bien supporté au moment de sa création. Au cours de son entretien, il est rare de voir survenir des signes d'asystolie. On n'observe habituellement qu'une accélération du pouls.

On a étudié les modifications apportées à l'électrocardiogramme. Elles sont, d'après PERRIN et DROUET, physiologiques et correspondent à une nouvelle statique du cœur plutôt qu'à sa fatigue. Cela n'empêche pas qu'il existe cependant une fatigue réelle qui a été contrôlée par des examens radiologiques et anatomiques qui ont montré une hypertrophie plus ou moins accentuée des cavités droites.

Mais les accidents surviennent en général au moment de sa *cessation*. VÉRAN en signale quelques cas au sujet du pneumothorax impératif. ROYER DE VÉRICOURT en rapporte également deux observations.

En somme, nous voyons que les troubles cardiaques : congestion du foie, dyspnée, cyanose, sont rares au cours du collapsus. Plus souvent ils éclatent en cas de décompression pleurale.

L'expérience clinique nous autorise à porter ces données sur le plan de l'oléothorax. Ainsi nous ne voyons pas que l'action de celui-ci sur le cœur puisse être telle qu'elle nécessite le retrait de l'huile.

La fatigue du cœur qui existe malgré tout ne peut influencer notre décision devant les dangers plus certains du retrait de l'huile. De plus, rien ne prouve que, l'huile enlevée, le cœur pourra travailler plus librement, car il existe des adhérences qui sont définitives.

Chez un de nos malades (Observation XV), l'huile a été retirée et nous avons vu survenir un épanchement a vacuo qui persiste depuis deux ans. Cet épanchement ne le gêne aucunement et il travaille régulièrement. Nous aurions laissé l'huile, qu'il n'y aurait probablement ni plus ni moins de gêne pour le cœur.

D'ailleurs, au point de vue cardiaque, entre pneumothorax et oléothorax, le problème de l'interruption se pose différemment.

Continuer à entretenir un pneumothorax, c'est troubler périodiquement la statique du cœur.

Laisser un oléothorax à lui-même, c'est laisser dans la cavité thoracique une pression qui ne se modifie plus sensiblement et permettre au cœur de mieux s'adapter.

RESULTATS DE L'OLEOTHORAX

Oléothorax antisymphysaire

Sur trente-trois cas d'oléothorax antisymphysaires :

1° Vingt-six ont été établis après des pneumothorax efficaces. Les résultats sont les suivants :

a) *Vingt* malades gardent leur oléothorax depuis 4 à 7 ans, sans ajouter ni retirer d'huile. Ils vont très bien et mènent une vie normale.

b) *Un*, auquel l'huile a été retirée, continue à travailler régulièrement, mais conserve un épanchement intarissable (Obs. XV).

c) *Six* ont fait une bilatéralisation :

Un est traité par un pneumothorax contro-latéral, tout en conservant son oléothorax. Il est dans un excellent état. (Obs. I).

Un a une bilatéralisation constatée en novembre 1934 (Obs. II), et nous lui avons proposé un pneumothorax bilatéral.

Un a été perdu de vue.

Trois sont décédés, mais il faut dire que c'était de très mauvais cas. L'un d'eux présentait même une infiltration du côté opposé avant la création de l'oléothorax. (Obs. X, XII et XIII).

2° *Six* ont été établis sur des lésions en activité et se sont montrés inefficaces :

Sur ces six malades :

Un présente un état satisfaisant, mais crache toujours des bacilles.

Deux sont dans un état médiocre.

Deux ont été perdus de vue.

Un est décédé à la suite de bilatéralisation.

Oléothorax compressif

Nous n'avons qu'un cas d'oléothorax compressif, qui a donné un bon résultat pendant cinq années. Puis il s'est compliqué de pleurésie purulente à la suite d'une ponction. (Obs. XXV).

Oléothorax désinfectant

L'oléothorax a été pratiqué dans ce but chez deux malades.

Le résultat en est parfait. (Obs. XVI et XXIV).

OBSERVATIONS

Nous devons les observations qui nous ont rendu possible ce travail à M. le Docteur AMEUILLE et à M. le Docteur HINAULT.

Ces observations sont celles d'oléothorax anciens. Nous en rapportons la plupart.

Evidemment, pour que la valeur de nos conclusions soit mieux démontrée, il faudrait mettre en parallèle, à côté des malades auxquels nous avons laissé définitivement l'huile dans la plèvre, un nombre égal de malades auxquels nous l'aurions retirée depuis plusieurs années.

Mais ceci est pratiquement impossible et actuellement nous sommes obligés de nous baser sur les quelques cas où l'huile a été retirée.

(Observations dues à l'obligeance du Docteur HINAULT.)

OBSERVATION 1. — M. R. E..., 26 ans.

Pneumothorax droit en juin 1928. En octobre 1929 on pratique un oléothorax pour une symphyse progressive ascendante. Bon état général. Expectoration négative.

Reprise du travail, dix heures par jour.

En février 1933, on constate une infiltration du sommet gauche.

On établit alors un pneumothorax gauche, qui continue à être insufflé actuellement : le malade continue à travailler, mais plus modérément.

Octobre 1934 : Bon état général, Absence de bacilles dans l'expectoration.

OBSERVATION 2. — M..., 32 ans.

Pneumothorax droit en avril 1926.

Oléothorax en mai 1927 contre une symphyse.

Depuis cette date jusqu'au 15 octobre 1934, il a travaillé sans interruption. Cependant, on note, en 1930, un arrêt de cinq à six jours pour pleurésie gauche diagnostiquée par une ponction qui a ramené très peu de liquide. Depuis cette date, nous ne l'avons pas revu. Sur notre demande, il s'est présenté le 15 octobre au dispensaire de l'hôpital Cochin. Nous avons trouvé alors une infiltration du sommet gauche.

OBSERVATION 3. — L. M..., 35 ans.

Symphyse progressive à partir de janvier 1931.

On pratique trois injections d'huile de paraffine, au total 175 cc. La symphyse progresse en même temps qu'il se produit une légère réaction liquidienne.

Le malade a un bon état général et reprend son travail.

En octobre 1932, expectoration muco-purulente, ne contenant pas de B. K. Il continue actuellement à travailler régulièrement comme peintre en bâtiment.

Revu le 15 octobre 1934, il se plaint de toux et d'expectoration abondante. Absence de bacilles dans l'expectoration. Rien de particulier à l'examen radioscopique.

OBSERVATION 4. — Pl..., 34 ans.

Pneumothorax droit en 1928. Efficace.

En mars 1930, symphyse progressive ascendante. Oléothorax : en huit injections on arrive à un total de 320 cc. d'huile.

Depuis décembre 1930 il travaille régulièrement dans un bureau et n'a pas eu une journée d'absence.

En octobre 1934, très bon état général. Il accuse simplement le soir une légère sensation de pesanteur dans le côté droit.

OBSERVATION 5. — Sp..., 31 ans.

Pneumothorax droit suivi d'épanchement puriforme.

En 1928, oléothorax désinfectant et antisymphysaire. Injection de 300 cc. d'huile goménolée et 510 cc. d'huile de paraffine.

Il travaille régulièrement depuis cinq ans sans ajouter ni retirer d'huile.



OBSERVATION II

FIG 1. — (M. Ma...) Olécthorax un an après sa création (1927). Image restée identique actuellement.



OBSERVATION IV

FIG. 2. — (M. Pe...) Oléothorax trois ans après sa création (1930). Image actuelle absolument semblable.

OBSERVATION 6. — Im...

Hémoptysie en 1924. Nouvelle hémoptysie en 1930 avec présence de bacille dans l'expectoration.

Pneumothorax en juillet 1930 pour lobite supérieure droite excavée avec attraction cardio-médiastinale. Pneumothorax complet, total, régulièrement entretenu pendant dix mois. Symphyse ascendante malgré les insuffisances rapprochées. On établit alors un oléothorax en mars 1931.

Le malade a toujours travaillé. Actuellement il présente un très bon état général.

OBSERVATION 7. — T..., 19 ans.

Pneumothorax gauche en octobre 1924.

Disparition des bacilles en 1925. Devant la tendance à la symphyse, qui gagne constamment de bas en haut, on fait un oléothorax en juin 1927. Malgré l'oléothorax la symphyse gagne.

En décembre 1931, infiltration légère du sommet droit qui a guéri spontanément.

Octobre 1934, bon état général.

OBSERVATION 8. — M. O..., 37 ans.

Pneumothorax en 1924. Liquide qui remonte à 11 cc. au-dessus du mamelon. Léger déplacement du médiastin et faible compression du lobe supérieur où les cavités restent visibles. Après résorption du liquide, tendance à la symphyse.

En septembre 1927, oléothorax à l'huile de paraffine.

On observe une réaction fébrile pendant les trois jours qui suivent l'injection.

En octobre 1934 il présente un bon état général et travaille régulièrement.

OBSERVATION 9. — G. E...

Pneumothorax gauche commencé le 24 mai 1927.

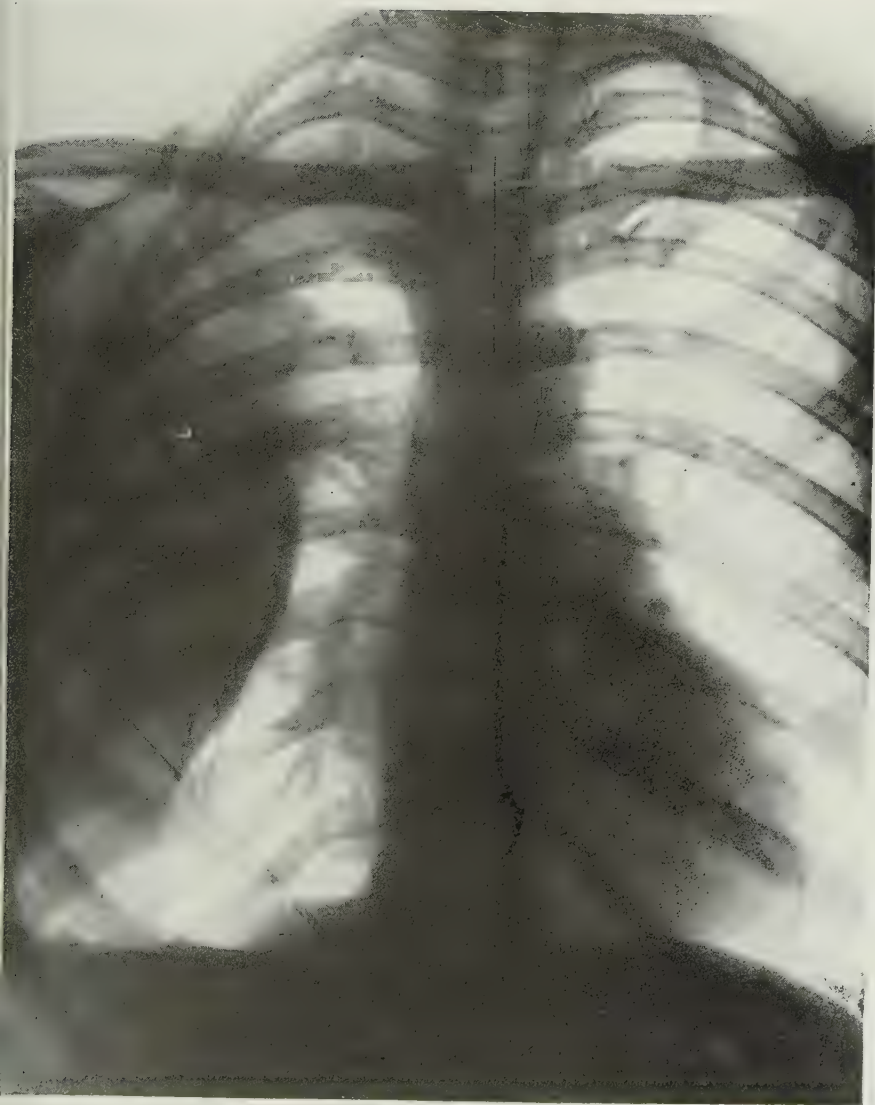
Oléothorax antisymphysaire en mars 1928.

En 1929, bon état général, B. K. 0.

Légère infiltration du sommet droit en 1931. Traitement aurothérapie. On a dû arrêter ce traitement à la troisième injection à la suite de troubles intestinaux graves.

Depuis il n'a subi aucun autre traitement. Il travaille comme chauffeur de taxi à Paris depuis trois ans.

Revu en octobre 1934, il présente un état général parfait.



OBSERVATION VII

FIG. 3. — (M. Tr...) Oléothorax antisymphysaire partiel créé en 1927. Radiographie prise trois ans après.



OBSERVATION VIII

FIG 4. — (M. Me... O...) Oléothorax créé en 1927. Radiographie octobre 1932.
Etat actuel identique.



Fig. 5. — (M. Vé...) Oléothorax efficace six mois après sa création (1929). Bilatéralisation en 1931. Oléothorax partiel qui a permis un pneumothorax bilatéral par la suite.



FIG. 6. — (Mme F.) Radiographie faite en janvier 1930, sept ans après la création de l'oléothorax.

OBSERVATION 10. — C..., 35 ans.

Pneumothorax gauche.

En juillet 1927, oléothorax antisymphysaire.

La radiographie, faite en janvier 1931, montre une infiltration du sommet droit, pour lequel on conseille repos et aurothérapie.

En septembre 1931, le malade n'a pas subi le traitement indiqué et a continué un métier pénible. Il est revu en très mauvais état général et local : large excavation du sommet droit ; infiltration étendue à toute la hauteur.

On soustrait l'huile et on tente un pneumothorax droit sans succès. Aurothérapie : 4 grammes.

Décédé en janvier 1933 après des hémorragies qui se sont succédé depuis novembre 1932.

OBSERVATION 11. — C. A..., 32 ans.

Pneumothorax gauche en juin 1927.

Oléothorax en 1928 contre une symphyse ascendante.

Bon état général. Il reprend son travail en 1928 et le continue régulièrement jusqu'en novembre 1932. A cette époque, décédé à la suite d'un accident de travail.

OBSERVATION 12. — R.-L. D..., 23 ans.

Pneumothorax gauche en 1928.

En 1929, apparition de liquide.

En février 1931, symphyse progressive. On note à cette époque : infiltration du tiers moyen à droite. On crée cependant un oléothorax gauche le 5 février.

Le 4 novembre 1931, expectoration négative.

Le 20 novembre, hémoptysies qui se succèdent.

Décédé le 22 novembre 1931.

OBSERVATION 13. — B...

Pneumothorax droit en septembre 1927.

Oléothorax antisymphysaire en mars 1928.

En juillet 1929, on constate sur la face antérieure de l'hémithorax droit, dans les parties molles, une grosse masse fluctuante survenue à la suite d'une ponction.

En octobre 1929, sujet très maigre. Bilatéralisation.

Une ponction à droite ramène un liquide purulent sanguinolent. Probablement décédé.

OBSERVATION 14. — L...

Pneumothorax droit en 1927.

En 1929, apparition de liquide, ponction de 1.100 cc.

En 1929, présence de bacilles dans les crachats.

En septembre 1929, ponction de 500 cc. de liquide verdâtre puriforme.

En mars 1930, tendance marquée à la symphyse et un peu de liquide dans le cul-de-sac. On pratique un oléothorax à l'huile de paraffine eucalyptolée.

En juillet 1931, crachats négatifs. Bon état général. Depuis octobre 1931, nous n'avons pas retiré d'huile, et nous n'en avons pas ajouté.

Revu en octobre 1934 : le malade présente un état général parfait. Il travaille régulièrement depuis deux ans comme employé de chemin de fer.

OBSERVATION 15. — M. B...

Pneumothorax en mai 1927.

Oléothorax contre une symphyse ascendante en avril 1928.

En juillet et septembre 1928, crachats purulents contenant des bacilles.

En 1929, bon état général.

La radiographie montre alors une opacité complète de l'hémi-thorax droit. A peine distingue-t-on la partie interne de la base de l'image pulmonaire.

En juillet 1930, retrait d'huile : 600 cc.

Poussée de température à 38°5 à chacune des trois ponctions et apparition de liquide.

Depuis il travaille régulièrement comme électricien.

Revu en octobre 1934. Etat général parfait, mais persistance de l'épanchement.

OBSERVATION 16. — D. R...

Pneumothorax en janvier 1929.

En avril 1929, épanchement gauche dont la limite supérieure atteint un travers de main au-dessus du diaphragme. On retire par ponction un liquide épais purulent.

En juin 1929, oléothorax désinfectant.

Dernière injection d'huile de 400 cc., en décembre 1930. Depuis aucune ponction n'a été pratiquée.

Revu seulement en octobre 1934, le malade présente un bon état général et travaille régulièrement.

OBSERVATION 17. — B...

Pneumothorax droit en 1927.

En février 1928, absence de bacilles.

En décembre 1928, oléothorax désinfectant et antisymphysaire.

Très bon résultat. Actuellement bon état général.

OBSERVATION 18. — L..., 15 ans.

En juin 1928, tuberculose ulcéreuse de la moitié supérieure du poumon droit.

On institue un pneumothorax qui est total, efficace et entretenu jusqu'en avril 1930.

A cette date, apparition d'une symphyse ascendante. On crée un oléothorax.

Six mois après on cesse toute injection.

Depuis, état général parfait.

OBSERVATION 19. — A...

Pneumothorax droit créé en avril 1924 pour tuberculose évolutive droite. Il est entretenu régulièrement jusqu'en 1928.

A cette date il fait une poussée évolutive dans le moignon pulmonaire avec expectoration bacillifère et épanchement.

En février 1929, symphyse.

On pratique un oléothorax. A la première injection, grosse réaction fébrile persistant pendant deux semaines. Chaque injection nouvelle produit une réaction fébrile. L'oléothorax est entretenu jusqu'en juillet 1929.

Actuellement, bon état général.

OBSERVATION 20. — Mme Ch...

Pneumothorax droit en novembre 1927. Efficace.

En septembre 1928, oléothorax antisymphysaire.

Actuellement, très bon état général.

OBSERVATION 21. — Mme Gr...

Pneumothorax en 1925. Efficace.

Oléothorax antisymphysaire en février 1927.

En décembre 1928, elle crache de l'huile en grande quantité pendant trois mois.

En 1931, elle tousse et maigrit.

Actuellement, elle présente un très bon état général.

OBSERVATION 22. — Mlle Es...

En novembre 1929, pneumothorax droit efficace.

En février 1931, oléothorax antisymphysaire.

Actuellement, bon état général.

OBSERVATION 23. — Hi...

En 1931, pneumothorax pour lobite supérieure droite excavée. Efficace.

En décembre 1931, oléothorax antisymphysaire.

Actuellement, état parfait.

OBSERVATION 24. — Mme Ro...

En 1928, pleurésie séro-fibrineuse qui nécessite de nombreuses ponctions. Transformation rapide en pleurésie purulente.

En août 1928 : A l'examen du liquide on ne trouve aucun germe. Les cellules sont très altérées. Il s'agit d'un véritable abcès froid pleural.

En octobre 1928, injection d'huile.

En octobre 1930, dernière injection d'huile. Depuis aucune ponction n'a été pratiquée.

En octobre 1934 on constate à la radioscopie la persistance d'une quantité d'huile assez importante.

La malade présente un état général parfait et a très bien supporté deux grossesses.

OBSERVATION 25. — Vi...

Pneumothorax gauche en mai 1926. Efficace.

En décembre 1927, début de symphyse ascendante progressive.

En janvier 1928, oléothorax.

En juillet 1928, oléothorax efficace ; on cesse toute injection d'huile.

Revu en septembre 1934 ; l'état général est parfait.

Une radiographie pratiquée en septembre 1934 est en tous points superposable à celle de juillet 1928.

(Observations dues à l'obligeance de M. le Docteur AMEUILLE.)

OBSERVATION 26. — Mme B..., 46 ans.

En 1916, petite hémoptysie fébrile (40°). Ne tousse ni ne crache par la suite. Pas d'examen sérieux.

En 1924, angine. Douleurs dans le dos. Toux, expectoration.

En novembre 1924, création d'un pneumothorax artificiel gauche, complet.

Comme les bacilles n'ont pas disparu de ses crachats, son médecin, en 1925, remplace l'air du pneumothorax par de l'huile et continue à entretenir l'oléothorax par une petite injection d'huile tous les six mois.

Elle est vue par le Docteur Ameuille le 29 novembre 1930. Elle ne crache plus de bacilles, oléothorax qui remplit tout le côté gauche et qu'il évalue à 3 litres. Elle va très bien et il lui conseille de ne plus laisser toucher sa plèvre.

Elle suit ce conseil. Mais au début de juillet 1931 son médecin lui fait écrire de se présenter de nouveau à lui. Elle y va, on lui injecte un peu d'huile le 11 juillet 1931.

Le lendemain, grand frisson. Température à 40°, où elle persiste.

Le 21 juillet, ponction qui ramène de l'huile et un liquide puriforme fétide, avec flore anaérobie polymorphe. Ponctions évacuatrices répétées, lavages de plèvre après avis du Professeur Besançon.

Puis la température étant retombée autour de 38°5 et les forces revenues, une pleurotomie, résection de la 9^e côte, et drainage, est pratiquée par le Docteur d'Allaines.

Amélioration et guérison très rapide.

Depuis ce temps (trois ans) la malade va très bien, à condition de garder son drain.

OBSERVATION 27. — Ce..., 36 ans.

Le 26 juillet 1927, pneumothorax gauche.

Juillet 1930, oléothorax antisymphysaire.

Octobre 1930, réaction liquidienne.

Janvier 1931, présence de bacilles dans les crachats.

Octobre 1930, crachats négatifs. Il apparaît une induration du grand pectoral dans la région sous-claviculaire. La peau est épaissie dans la région latérale au point de piqure. Douleur du bras gauche.

A partir de février 1933, il est pratiqué quatre ponctions qui retirent à chaque fois 600 cc. d'huile. Chaque retrait est suivi d'une injection d'air d'égale volume.

La dernière ponction a ramené un liquide huileux latescent. A l'examen : éléments cellulaires méconnaissables. Très rares B. K. Pas d'autres microbes à l'examen direct.

Actuellement, état général médiocre.

OBSERVATION 28. — Fa..., 28 ans.

Pneumothorax droit en juin 1930.

En novembre 1930, apparition de liquide et symphyse.

En janvier 1931, oléothorax.

Actuellement : Pas d'amélioration sensible. Persistance des bacilles dans les crachats.

OBSERVATION 29. — Mlle Ta..., 21 ans.

En 1927, pleurésie séro-fibrineuse gauche.

Fièvre persistante et expectoration contenant des bacilles.

On crée un pneumothorax. Grande amélioration.

Pas d'expectoration ; reprise de 17 kilos.

Cependant, un léger épanchement persiste toujours.

En 1929, deux ans après le pneumothorax, l'épanchement augmente et devient purulent.

On pratique un oléothorax au sanatorium de Chevilly-les-Roses.

En septembre 1930, six mois après le début de l'oléothorax, apparaissent des hémoptysies qui se renouvellent fréquemment, et de l'amaigrissement.

Mars 1931, phrénicectomie gauche à l'hôpital Cochin. Les hémoptysies continuent, et l'expectoration est bacillifère.

Août 1933, bilatéralisation. Crisalbine.

Juillet 1934, mort par hémoptysie foudroyante.

OBSERVATION 30. — Mlle S...

Pneumothorax gauche créé en février 1933 pour large cavité du sommet gauche. La présence de nombreuses brides ne permet qu'un pneumothorax partiel. Une section de bride est pratiquée par le Docteur Hinault.

A la suite de cette intervention, apparition de liquide et début de symphyse.

On institue un oléothorax en décembre 1933.

En mars 1934, bon état général ; absence de bacilles dans l'expectoration.

En juin 1934, présence de bacilles et localisation sous-claviculaire droite.

Traitée par le myoral, la lésion sous-claviculaire droite disparaît rapidement.

Actuellement, l'expectoration continue à être positive malgré un état général satisfaisant.

CONCLUSIONS

1° De toutes les indications de l'oléothorax, il faut retenir comme indication majeure :

L'OLÉOTHORAX ANTISYMPHYSAIRE PARTIEL

Nous pensons qu'il est nécessaire d'arrêter une symphyse progressive quand elle survient au cours d'un pneumothorax qui n'est pas encore assez ancien pour que nous puissions croire à la cicatrisation des lésions.

L'oléothorax partiel est possible lorsque s'est constituée une symphyse solide au niveau de la base de la plèvre jusqu'au sinus costo-diaphragmatique. Il en résulte que la quantité d'huile à injecter sera bien moindre. De ce fait, nous arriverons beaucoup plus vite à établir le blocage nécessaire et surtout nous réduirons au minimum les complications si importantes de refoulement du médiastin, d'éversion diaphragmatique et de perforation.

2° L'oléothorax employé contre :

L'INERTIE PULMONAIRE

ne doit être envisagé qu'avec une grande circonspection.

Il peut être effectué après section de brides : mais s'il est établi primitivement, il est d'une nécessité absolue de vérifier l'absence de brides pleurales par une radiographie et par une pleuroscopie.

Si on se décide à tenter une compression huileuse, il faut encore tenir compte du siège des lésions. Il ne nous paraît pas judicieux de le faire pour des lésions haut situées. La meilleure indication est représentée par les lésions pulmonaires de la base et de la région moyenne.

Pourtant les lésions tuberculeuses des lobes supérieurs peuvent aussi bénéficier de l'oléothorax dans certaines conditions ; celles-ci sont réalisées quand le sommet s'est suffisamment rétracté sous l'influence du pneumothorax et se trouve au voisinage de la région moyenne.

3° Les *perforations pulmonaires*, attribuées à tort à l'oléothorax, sont dues quelquefois aux mauvaises indications, par exemple, la présence de brides non visibles à la radiographie et qui sont arrachées de leur base pulmonaire par la pression huileuse. Ici, la pression huileuse agit indirectement ; ce qu'il faut, c'est tout mettre en œuvre pour avoir la certitude de l'absence de brides, et cet accident est évitable.

Dans les perforations qui surviennent après s'être entouré de toutes les garanties, ce n'est pas l'huile qui est en cause, la plupart du temps, mais la maladie du poumon sous-jacent. Les autres explications de la perforation sont des hypothèses rarement vérifiées.

4° Envisager l'oléothorax sous cet angle, c'est en restreindre l'emploi et il est permis de se demander si cette méthode mérite d'être conservée dans la pratique collapsothérapique.

A notre avis, l'oléothorax rend les plus grands services à condition d'en limiter l'emploi à des cas bien définis.

CESSATION DE L'OLÉOTHORAX

5° Le problème de la *cessation de l'oléothorax* est très controversé.

A l'heure actuelle, on tient pour l'oléothorax temporaire, avec des arguments tout à fait judicieux d'ailleurs. Mais notre avis est différent.

L'oléothorax antisymphysaire partiel nous paraît devoir être considéré au même titre qu'un plombage comme une intervention définitive.

Nos raisons sont les suivantes :

D'une part :

a) Nous éviterons les poussées de température qui se produisent si souvent à l'occasion du retrait de l'huile comme au moment de son injection ;

b) Nous éviterons le danger du reflux de l'huile dans le tissu cellulaire sous-cutané à la suite de la ponction ;

c) Nous parons à la difficulté du retrait de l'huile, qui, d'ailleurs, n'est jamais complet ;

d) D'autre part, on empêche la réexpansion du poumon et on évite la réévolution d'un foyer qui n'est pas encore entièrement guéri ; car retirer l'huile, pour reprendre les injections d'air qui devront être très fréquentes, ne nous paraît pas une solution très favorable ;

e) On évite la production d'un épanchement a vacuo souvent définitif ;

f) On ne court pas le risque si fréquent d'infection de la plèvre ou de surinfection d'un épanchement déjà existant, complication redoutable dont on connaît le sombre pronostic ;

g) Enfin à la question très importante de savoir à *quelle date se produisent les perforations*, on peut répondre que leur nombre s'atténue à mesure que le temps passe : dans les observations que nous avons étudiées nous voyons que les perforations se produisent dans un temps relativement proche du début de l'intervention. Pour nos trente-cinq

malades porteurs d'oléothorax depuis six ans, nous n'en avons que deux.

C'est ainsi que nous croyons pouvoir conserver cette thérapeutique dans un petit nombre de cas.

L'important est de ne pas créer un blocage huileux définitif sur des lésions évolutives ou mêmes actives.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
BEZANÇON.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARMAND-DELILLE et GIROUD. — L'oléothorax, complément du pneumothorax chez l'enfant. (*Bull. Soc. de Pédiatrie*, 1930, XXXVIII.)
2. ARMAND-DELILLE, HECHTER (P.) et MAGRIN (A.). — Sur l'action phréno-inhibitrice de certains oléothorax. (Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose, 3 janvier 1932.)
3. ARNAUD (J.). — Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax et de l'oléothorax. (*Thèse*, Paris, 1932.)
4. BEHRENS. — Zum Oleothorax. (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, N° 32, 6 août 1932.)
5. BERNARD (L.) et TRIBOULET. — Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. (*Revue de la Tuberculose*, juin 1929.)
6. BERNARD (L.), BARON, VALTIS et TRIBOULET. — La cessation du pneumothorax artificiel. (*Presse Médicale*, 1930.)
7. BERNOU (A.). — L'oléothorax thérapeutique. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, avril 1922.)
8. — La symphyse pleurale, complication du pneumothorax artificiel. (*Journal des Praticiens*, janvier 1924.)
9. — L'oléothorax. (*Le Journal Médical Français*, juin 1927.)
10. — Quelques remarques sur la technique des blocages huileux de la plèvre. (Section d'études scient. de l'Œuvre de la Tuberculose, 9 juin 1928.)
11. — L'oléothorax. (*La Presse Médicale*, 20 juillet 1932.)
12. BERNOU (A.) et FRUCHAUD (H.). — Pleurésie purulente septique compliquant un oléothorax, traitée par thoracoplastie élargie et opération de Schède. (Sect. d'Et. scient. de l'Œuvre de la Tuberculose, 9 mars 1929.)

13. BERTHEAU. — Contribution à l'étude de l'oléothorax thérapeutique. (*Thèse*, Paris, 1933.)
14. BEZANÇON, BRAUN et AZOULAY. — Traitement des épanchements purulents du pneumothorax artificiel par les injections intra-pleurales d'huile goménolée. (*La Médecine*, N° 6, 1925.)
15. BEZANÇON, WEIL (M.-P.), et GUILLAUMAIN. — La constitution physico-chimique des liquides pleuraux. (*Annales de Médecine*, t. XXI, avril 1927.)
16. BEZANÇON, BRAUN et AZOULAY. — Indications et technique de l'oléothorax. (*Paris Médical*, fév. 1926, N° 8.)
17. BINET (L.) et VERNE. — L'absorption des graisses par la plèvre. (*Bull. de la Soc. de Biologie*, juin 1924, et la *Revue Médicale*, janvier 1926.)
18. BORDET (F.). — Du rôle salulaire possible des réactions pleurales antérieures à la collapsothérapie active par l'oléothorax. (Sec. d'Et. scient. de l'OEuv. de la Tub., 10 mars 1928.)
19. BRATIANO. — L'absorption des graisses animales par la plèvre. (*Bulletin d'Histologie appliquée*, avril 1928.)
20. BRETTE. — Indications et risques de l'oléothorax. (*Hauteville Médical*, avril 1930.)
21. BRIEGER. — Oléothorax. (Soc. Silésienne de culture nationale, 29 novembre 1928 ; in *Medizinische Klinik*, N° 5, 31 janvier 1929.)
22. BRISSAUD. — Section de brides par la méthode de Jacobaeus. (*Revue de la Tub.*, juin 1928.)
23. BUC et RAIMAUX. — Pachypleurite en cours du pneumothorax artificiel et traitement de la symphyse pleurale. (*Rev. de la Tub.*, février 1929.)
24. BUISSON. — L'oléothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Montpellier, 1929.)
25. BURNAND. — Une cause d'échec de l'oléothorax : la septicémie d'origine pleurale. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1927.)
26. CARDIS. — *Journal de Lysin*.
27. CAUSSADE. — Section de brides dans les pneumothorax incomplets ou impraticables. (*Monde Médical*, 1-15 mars 1933.)
28. CÉSAR SILLING and MILTON C. LANG. — The value of intropleural injection of olive oil in certain cases of pulmonary

- tuberculosis. (*The American Review of Tuberculosis*, 1930.)
29. CLERC (J.). — A propos de l'oléothorax : étude bactériologique et expérimentale du goménol. (*Revue de la Tub.*, janvier 1930.)
30. CONDORELLI. — Indicazioni e contro-indicazioni dell oleotorace. (*Rass. Ter. e Pat. clin.*, 1, 1929.)
31. CORNUDELLA i CAPDEVILA. — L'oléothorax. (*Thèse de Barcelone*, 1928.)
32. COULAUD (E.). — Oléothorax bilatéral. (Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub., 9 juin 1928.)
33. — Libération des brides par la méthode de Jacobaeus (*Rev. de la Tub.*, avril 1930.)
34. — Oléothorax interlobaire. (*Rev. de la Tub.*, N° 7, juillet 1933.)
35. COURCOUX, BERNOU et FRUCHAUD. — Pleurésie purulente septique compliquant un oléothorax, guérie par thoracoplastie. (Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub., 9 mars 1929.)
36. COURCOUX et BIDERMAN. — L'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale. (*Paris Médical*, N° 1, 5 janvier 1929.)
37. COURCOUX, TOBE et RAPHAEL (Mlle). — L'oléothorax dans la pleurésie purulente tuberculeuse chronique à type d'abcès froid pleural. (Sec. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub., 9 juin 1928.)
38. DANIELLO et ALEXANDROW (Cluj. Roumanie). — Analyse des résultats obetnus dans 46 cas de tuberculose traitée par l'oléothorax. (*Rev. de la Tub.*, N° 10, décembre 1931.)
39. DIEHL (Karl). — Die physikalischen und physiologischen Grundlagen des Oleothorax und ihre Folgerungen für die Klinik (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, t. LIII, fasc. 6, 1929.)
40. DOUADY et MEYER. — A propos de certains pneumothorax compliqués. Intérêt de leur étude endoscopique. (*Science Médicale Pratique*, 1^{er} octobre 1933.)
41. DREYFUS LE FOYER. — *Thèse*. Paris. 1933.
42. DUFAULT (P.). — Oleothorax. (*The American Review of Tuberculosis*, vol. XII, N° 6, juin 1931.)
43. DUMAREST et BRETTE. — La pratique du pneumothorax thérapeutique. (Paris, Masson, édit.).

44. FONTAINE (J.). — L'oléothorax. Indications, technique et résultats. (*Thèse*, Paris, 1929.)
45. — L'oléothorax. (*Le Courrier Médical*, 24 novembre et 31 décembre 1929.)
46. FOURNIER. — Traitement des pleurésies par injection intrapleurale d'huile goménolée à 20 %. (*Thèse*, Bordeaux, 1916-1917.)
47. GÉNEVRIER et DESCOMPS. — Les pressions utiles dans la conduite du pneumothorax artificiel. (*La Presse Médicale*, N° 40, 1929.)
48. GILBERT. — Oléothorax. (*Tuberculose*, XI, juin 1930.)
49. GOBEL (Walter). — Über Oleothoraxbehandlung der offenen Lungentuberkulose bei Kindern und Jugendlichen. (*Münch med. Wochenschrift*, N° 35, 26 août 1932.)
50. HAYES (V.). — Dangers and complications of oleothorax. (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. II, N° 1, octobre 1932.)
51. HINAULT. — L'injection huileuse intra-pleurale et son action préventive contre les adhérences. (*Thèse*, 1918-19.)
52. — L'oléothorax curatif et préventif, complément du pneumothorax artificiel. (*Soc. Méd. de Paris*, 1928.)
53. — A propos de deux cas de guérison spontanée de perforation pulmonaire apparue au cours de l'oléothorax. (*Revue de la Tuberculose*, juin 1931.)
54. HINAULT et GUINARD. — Indications et Technique de l'oléothorax. (*Soc. Médic. Sana et Disp.*, fév. 1928.)
55. IZARD. — L'oléothorax dans le traitement des pleurésies du pneumothorax artificiel. (*Thèse*, Paris, 1925.)
56. KANONY. — La place de l'oléothorax dans la collapsothérapie antituberculeuse. (*Pratique Méd. Franç.*, N° 2, février 1929.)
57. KUSS (G.). — Indications essentielles de l'oléothorax dans la pratique du pneumothorax artificiel. (*Bull. de l'Académie de Médecine de Paris*, N° 36, 1925.)
58. — Indications, résultats, technique de l'oléothorax. (*Arch. méd. chir. de l'Appareil respiratoire*, N° 3, 1926.)
59. — Rapport sur l'oléothorax. (Sec. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub., 9 juin 1928.)
60. LABESSE et MARIE. — De la place que doit tenir l'oléothorax dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. (*Rev. de la Tub.*, XI, juin 1930.)

61. LE LORRAIN. — L'oléothorax. (*Thèse*, Montpellier, 1924.)
62. MARIE (J.-Ch.). — L'oléothorax. (*Thèse*, Paris, 1929.)
63. — L'oléothorax. (*Courrier Médical*, XVI, mai 1930.)
64. Mc GUIRE (F.W.). — Lung compression by heavy liquid paraffine, in the treatment of lung Tuberculosis, bronchectasis and lung abscess. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juillet 1925.)
65. MENDES. — Das indicacoes do Oleothorax. (*Thèse de la Faculté de Méd. de Rio de Janeiro*, 1929.)
66. MOLLARD. — L'abandon délibéré du pneumothorax artificiel. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 mars 1933.)
67. MORIN (J.) et BOUESSÉE (F.). — A propos de l'oléothorax. (*Bull. Météor. et Médical de Leysin*, N° 107, 1929.)
68. PAILLET. — Parafinomes consécutifs aux injections d'huile minérale. (*Ann. dermatologie*, juillet 1924.)
69. PARODI (Félice). — Nuovo principi di tecnica par l'oléothorace. Nuovo apparecchio. (*Tuberculosi*, vol. XXI, juin 1929.)
70. PETIOT. — Les complications du pneumothorax. Leur traitement par l'oléothorax. (*Thèse*, Paris, 1928.)
71. PHILIP. — De l'emploi temporaire de l'oléothorax antisymphysaire. (*Hauteville Médical*, avril 1930.)
72. PRUVOST (P.). — Oléothorax thérapeutique. (*Vie Méd.*, Paris, 1925.)
73. — L'oléothorax. (*Rev. Méd. de l'Est*, t. LIV, 1926.)
74. — Symphyse pleurale au cours du pneumothorax artificiel. (*Monde Médical*, mai 1928.)
75. — Indications de l'oléothorax. (*Journal de Leysin*, novembre 1931.)
76. PRUVOST (P.) et BRINCOURT. — Faut-il encore faire des oléothorax ? (*L'Hôpital*, novembre 1934 (B), N° 371.)
77. PRUVOST (P.) et QUENU (J.). — La pleurotomie sans drainage associée au vaccin antituberculeux et à l'oléothorax, comme traitement d'une pleurésie fistulisée. (*Arch. Méd. chir. de l'app. respir.*, N° 2, 1929.)
78. RAMOND (L.). — Point de côté chez une tuberculeuse porteuse d'un oléothorax. (*Presse Médicale*, 21 juillet 1934.)
79. RRTUREAU. — A propos de sept cas de perforation pleuro-pulmonaire survenue au cours de l'oléothorax. (*Journal de Leysin*, novembre 1931.)

80. RIST et WEBER. — Les pleurésies tuberculeuses du pneumothorax artificiel : étude pathogénique et expérimentale. (*Annales de Médecine*, juillet 1928.)
81. ROCHEDIEU. — L'oléothorax dans le traitement des pleurésies purulentes. (*Le Maroc Médical*, février 1928.)
82. ROSSEL (G.) et HOURIET (J.-H.). — A propos de l'oléothorax anti-symphysaire. (*Revue belge de tuberculose*, janvier 1931.)
- 82 bis. ROYER DE VÉRICOURT. — Les retentissements cardiaques de la collapsothérapie par pneumothorax artificiel.
83. SERGENT et TURPIN. — Le traitement des épanchements purulents tuberculeux de la plèvre. (*Rev. de la Tub.*, juin 1929.)
84. TOBE (F.) et TERRASSE. — Contribution à l'étude des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juin 1926.)
85. TRIBOULET et SORS. — Essais de sérothorax. (Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub., novembre 1932.)
86. VALTIS et TRIBOULET. — Guérison ou amélioration spontanée de perforations pleuro-pulmonaires larges. (*Rev. de la Tub.*, janvier 1932.)
87. VÉRAN (P.). — *La cessation du pneumothorax artificiel*. Doin et C^{ie}, éditeurs.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
INDICATIONS	15
1° FAUT-IL S'OPPOSER A LA SYMPHYSE ¹	15
<i>Oléothorax antisymphysaire total</i>	17
<i>Oléothorax antisymphysaire partiel</i>	19
2° OLÉOTHORAX ET INERTIE PULMONAIRE.....	21
3° IMPERMÉABILISATION DES PLÈVRES.....	24
EVOLUTION DE L'HUILE DANS LA PLEVRE.....	25
CESSATION DE L'OLEOTHORAX.....	27
1° AVANTAGES DU RETRAIT DE L'HUILE.....	28
INCONVÉNIENTS DU RETRAIT.....	29
2° AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'OLÉOTHORAX PARTIEL	
DÉFINITIF	33
RESULTATS DE L'OLEOTHORAX.....	41
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	71

